

# Requiem voor de NVM

Een analyse van relatieve en absolute scores

**In veel situaties is kennis van de relatieve positie van een respondent ten opzichte van een normgroep, bruikbare informatie. Bij klinische diagnoses zijn vergelijkingen met anderen echter minder relevant. Diagnostiek vereist interpretatie en rapportage in absolute termen. Hofstee en Ten Berge ontwikkelden een methode waarmee absolute scores kunnen worden gebruikt. Toegepast op de NVM-gegevens van eerstelijnscliënten blijken de absolute scores betere voorspellers te zijn van DSM-IV-as-I-diagnoses, klachten, copingstrategieën en behandelresultaat.**

Ineke Mosterman en Willem K.B. Hofstee

wetenschap

Begin 2004 werd de NVM (Nederlandse Verkorte MMPI, Luteijn & Kok, 1985) uit de handel genomen. De copyright-houder van de MMPI verbood wereldwijd de uitgave van verkorte versies van de MMPI.<sup>1</sup> De Nederlandse uitgever bood eind 2003 gebruikers van de NVM de mogelijkheid om, zolang het nog kon, met fikse kortingen grote voorraden NVM-formulieren in te slaan. Klaarblijkelijk hebben psychologen van dit aanbod gretig gebruik gemaakt: de NVM blijkt nog steeds volop te worden toegepast. Vroeger of later zal echter de laatste legale NVM door een cliënt worden ingevuld en zal de vragenlijst als op zichzelf staand instrument zijn uitgestorven.

Moeten we daar nu rouwig om zijn? Wat was de waarde van deze dodo onder de persoonlijkheidsvragenlijsten? Feit is dat de NVM meer dan 25 jaar lang een van de meest gebruikte persoonlijkheidsvragenlijsten in Nederland was en dat de NVM niet alleen in de klinische praktijk, maar ook in wetenschappelijk onderzoek veelvuldig is toegepast. Daarbij is vertrouwd op de beoordeling door de Commissie Test Aangelegenheden Nederland (Cotan) die de uitgangspunten bij de testconstructie en de uitvoering van handleiding en testmateriaal als goed beoordeelde, en de normen, betrouwbaarheid en validiteit als voldoende (Evers, Van Vliet-Mulder & Groot, 2000).

De slechte psychometrische kwaliteiten van de MMPI (Luteijn & Kingma, 1979; zie ook Evers et al., 2000) waren voor Luteijn en anderen aanleiding om onderzoek te doen met de Nederlandse MMPI. Dit resulteerde in een drastisch

verkorte MMPI, de NVM, die de volledige MMPI kon vervangen. De handleiding van 1980 werd in 1985 vervangen door een herziene handleiding, op basis van uitgebreidere onderzoeken, waaruit meer bekend werd over de stabiliteit en de predictieve validiteit. De conclusie luidde dat de structuur van de NVM bij zeer verschillende proefgroepen constant was. De interne consistentie werd redelijk tot goed bevonden, de schalen redelijk stabiel en redelijk onafhankelijk. Diverse aanwijzingen voor de validiteit werden gevonden. Voorts werd de normgroep 'algemeen' gewijzigd.

## In het land der blinden

Zoals gebruikelijk zijn bij de constructie van de NVM de klassieke schaaltechnieken toegepast, waarbij schaalwaarden uitgedrukt worden in afwijkingen van hun gemiddelde (standaardscores). Een schaal score dient hierbij dan ook gezien te worden als een *relatieve* positie ten opzichte van een norm. Bij de NVM kan vergeleken worden met een drietal normgroepen: een algemene normgroep van 809 'normaalen', gebaseerd op een random steekproef van 288 dienstplichtige en 399 vrijwillig dienende, mannelijke militairen, en een random steekproef van 122 vrijwillig dienende, vrouwelijke militairen; een normgroep van 894 psychiatrische patiënten, van wie 398 opgenomen en 398 poliklinische patiënten; en een normgroep van 455 (psycho)somatische patiënten, samengesteld uit 160 revalidatie- en 295 pijnpatiënten. De gemiddelde scores van eerstelijnscliënten

blijken te liggen tussen de gemiddelde scores van de normgroepen algemeen en psychiatrie (Kloens, Barelds, Luteijn & Schaap, 2002).

Relatieve posities zijn nuttig in situaties waarin vergelijkingen met anderen van belang zijn, bijvoorbeeld bij personeelsselectie. Er zijn echter ook situaties denkbaar waarbij de context minder relevant is en vergelijkingen met een norm onduidelijk kunnen zijn. Bij het invullen van persoonlijkheidsvragenlijsten zal het merendeel van de mensen zich bijvoorbeeld als vriendelijk presenteren. Deze zelfbeoordeelde eigenschap is dan scheef verdeeld. Wanneer de antwoorden worden omgezet in standaardscores en het gemiddelde hiervan tot norm wordt verheven, verschuift het omslagpunt van vriendelijk naar onvriendelijk, waardoor toch ongeveer de helft van deze mensen als onvriendelijk getypeerd wordt.

In het land der blinden is eenoog koning. In het land der cyclopen zal hij echter in de massa opgaan en in het land van de tweeogigen is hij ronduit gehandicapt. Maar als men wil weten wat het gezichtsvermogen van eenoog is, wat hij wel en wat hij niet kan zien, en hoe hij de dingen ziet, blijft men het antwoord schuldig. Terwijl die antwoorden wel relevant zijn om een adequate behandeling in te kunnen zetten. In relatie tot de *NVM* valt daarbij bijvoorbeeld te denken aan overtuigd te zijn achtervolgd te worden, of, minder extreem, veel last te hebben van je maag. Het is onzinnig dit te vergelijken met wat of wie dan ook: je hebt deze opvatting/kwaal of je hebt haar niet. Het gaat hierbij om *absolute* gegevens. Vooral voor het indiceren van een behandeling is dit van belang: bij de achtervolgde kan overwogen worden de politie in te schakelen teneinde de stalker in de boeien te laten slaan, of een antipsychoticum voor te schrijven; bij de maagpatiënt kan men denken aan een antibioticakuurtje of aan een behandeling voor neurotische klachten. Klinische classificerende diagnostiek is gebaseerd op beslisbomen waarbij kenmerken wel of niet aanwezig zijn. Het lijkt daarom zinvoller psychopathologie in absolute zin te benaderen en vast te stellen of iemand bijvoorbeeld al dan niet paranoïde is, dan te concluderen dat hij iets meer paranoïde is dan een medeciënt of dan 'normale' mensen. Waar bij relatieve scores personen worden vergeleken met de scores van anderen op hetzelfde item of dezelfde schaal, vinden bij absolute scores de vergelijkingen vooral plaats tussen individuele scores en een standaard.

Hofstee en Ten Berge (2004) ontwikkelden een statistische methode voor het analyseren van absolute scores. Met deze methode heranalyseerden Hofstee, Barelds en Ten Berge (2006) de Nederlandse Persoonlijkheden Vragenlijst (*NPV*). In vergelijking met de oorspronkelijke factorstructuur van de *NPV* kwam een sterk afwijkende structuur naar voren, waarbij een zeer grote eerste component door de auteurs als een maat van sociale wenselijkheid werd geïnterpreteerd. Daarbij identificeerden zij subgroepen die als respectievelijk oppassend, evenwichtig, nerveus, obsessief-compulsief en verlegen getypeerd konden worden: typolo-

gieën die in de klinische praktijk bruikbare handvatten kunnen bieden.

In het kader van een onderzoek naar derdenbeoordeling van persoonlijkheid (Mosterman & Hofstee, 2006), werd deze statistische methode toegepast op de *NVM*. In dit artikel wordt op basis van de gegevens uit bovengenoemde studie de structuur van de *NVM* nader geanalyseerd. Hierbij zijn relatieve en absolute scores in relatie tot andere diagnostische gegevens en behandelresultaat tegen elkaar afgezet en is nagegaan welke methode de meeste informatie genereert.

## Methode

### *Cliënten*

De gegevens van 101 cliënten van vijf (eerstelijns)psychologen werden verzameld.<sup>2</sup> De cliëntengroep bestond uit 25 mannen en 76 vrouwen tussen de 18 en 68 jaar, met een gemiddelde leeftijd van 36,7 jaar.

### *Instrumenten*

- De *NVM* (Nederlandse Verkorte *MMPI*, Luteijn & Kok, 1985) is een in Nederland geconstrueerde persoonlijkheidsvragenlijst, opgebouwd uit 83 items die alle ontleend zijn aan de oude *MMPI* vorm B. De subschalen van de *NVM*, te weten Negativisme, Somatisering, Verlegenheid, Ernstige Psychopathologie en Extraversie zijn geconstrueerd met behulp van factoranalyse.
- De *SCL-90* (Symptom Check List-90, Arrindell & Ettema, 1986) is een zelfbeoordelingschaal die lichamelijke en psychische klachten vaststelt ten behoeve van screening van psychopathologie. De vragenlijst bestaat uit 90 omschrijvingen en kent acht schalen: Angst, Agorafobie, Depressie, Somatische klachten, Insufficiëntie van denken en handelen, Wantrouwen en interpersoonlijke sensitiviteit, Hostiliteit en Slaapproblemen. De totaalscore op de *SCL-90* duidt het algehele niveau van psychisch/lichamelijk disfunctioneren aan (Psychoneuroticisme).
- De *UCL* (Utrechtse Coping Lijst, Schreurs et al, 1993) geeft de manier aan waarop iemand omgaat met problemen of stressvolle situaties, hetgeen wordt opgevat als een persoonlijkheidsstijl. De *UCL* bestaat uit 47 beschrijvingen van gedachten en gedragingen, die worden onderscheiden in zeven schalen: Actief aanpakken, Palliatieve reactie, Vermijden, Sociale steun zoeken, Passief reactiepatroon, Expressie van emoties en Geruststellende gedachten.
- Classificaties volgens de *DSM-IV* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4de editie, *APA*, in vertaling van Koster van Groos, 2001) op de assen I, II en V werden op categorieniveau vastgelegd.
- Bij de indicatiestelling werd gekozen voor een a-theoretische insteek, waarbij de criteria gevormd werden door een combinatie van benodigde deskundigheid en behandelduur (ruwweg van monodisciplinaire bege-

leiding naar multidisciplinaire behandeling, van care naar cure, van kort naar lang). Op deze wijze werden elf ordinale categorieën vastgesteld.

- Het behandelresultaat werd door de behandelaar vastgelegd op een vijfpuntsschaal, met uitersten 'geen tot weinig verandering' tot 'goede verbetering/herstel en groei'.

#### Procedure

De vragenlijsten werden ingevuld tussen het eerste en tweede intakegesprek en gebruikt voor diagnostiek 'as usual'. De antwoordmogelijkheden op de NVM zijn 'juist', '?', 'onjuist', waarbij in de instructie werd aangegeven geen vraagtekens te gebruiken. De antwoorden werden gehercodeerd in bipolaire scores (-1, 0 en 1 voor respectievelijk juist, ? en onjuist), op basis waarvan Likeness-coëfficiënten ( $L = \frac{\sum X_1 X_2}{N}$  van een  $N$  aantal ruwe scores op variabelen  $X_1$  en  $X_2$ ) werden berekend. De Likeness-coëfficiënt is een maat voor samenhang op absoluut meetniveau (tussen ruwe scores), in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Pearsoncorrelatie, die de relatieve samenhang weergeeft (tussen z-scores). De berekening van  $L$ -coëfficiënten kan (nog) niet worden uitgevoerd in SPSS en is met behulp van MATLAB gegenereerd.<sup>3</sup> De matrix van  $L$ -coëfficiënten werd vervolgens gefactoranalyseerd (ruwe-scores principale-componentenanalyse). Cliënten werden geclassificeerd op basis van hun twee hoogste factorscores (zie Hofstee, Barelds & Ten Berge, 2006).

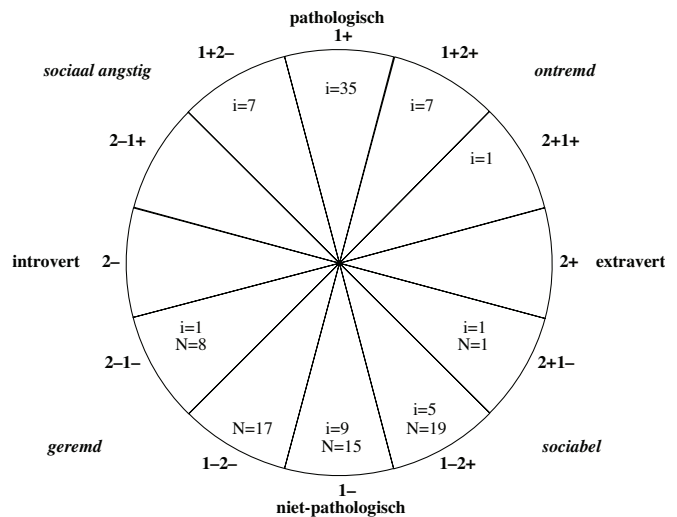
Hierna zijn vergelijkingen gemaakt tussen de oorspronkelijke schalen, de nieuwe factoren en de op basis hiervan geclusterde cliënttypen in relatie tot andere beschikbare diagnostische gegevens: de scores op de SCL-90 en de UCL, de DSM-IV-classificatie en de indicatiestelling. Vervolgens werd het verband tussen de nieuwe factoren en de door Eurlings en Snellen (2003) ontwikkelde profielinterpretatie van de NVM nagegaan. Ten slotte werd het behandelresultaat in de vergelijkingen betrokken.

## Resultaten

### Indeling in factoren en cliënttypen

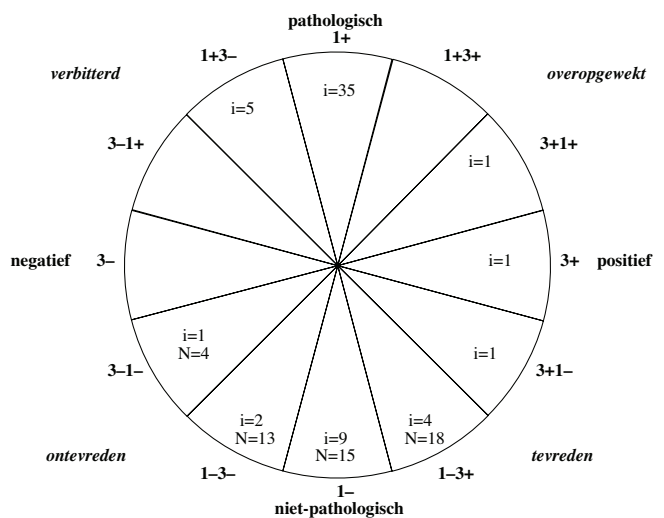
Vrijwel alle items van de NVM bleken te kunnen worden gerangschikt onder de eerste factor, waarop ze de hoogste absolute factorlading hadden (74 van de 83 items, zie ook Appendix). Van de cliënten scoorden 82 van de 101 in absolute zin het hoogst op deze eerste factor.

Aan de hand van de aantallen cliënten die een hogere score hadden dan .5 ( $|F| > .5$ ) op een factor werd gekozen voor een indeling in drie factoren. Er bleken vier cliënten te zijn die op alle drie factoren te laag scoorden (cliënten met  $\sqrt{(\sum F^2)} < .5$ ). Deze cliënten werden buiten beschouwing gelaten (zie ook Hofstee et al., 2006), waardoor 97 cliënten getypeerd werden. Zowel cliënten als items werden geclassificeerd op grond van hun twee hoogste absolute factorscores (abridged 3-dimensional circumplex design; zie Hofstee, De Raad & Goldberg, 1992), waarmee iedere cliënt respectievelijk elk item een positie in een circumplex



(i = aantal items; N = aantal cliënten)

Figuur 1. Circumplex van de factoren 1 en 2



(i = aantal items; N = aantal cliënten)

Figuur 2. Circumplex van de factoren 1 en 3

kan innemen. Een cliënt met bijvoorbeeld factorscores -.54 op factor 1, .28 op factor 2 en .03 op factor 3 werd geclassificeerd als type 1-2+. In de Figuren 1 en 2 zijn de circumplexen van respectievelijk de factoren 1 en 2 en de factoren 1 en 3 weergegeven. De circumplex van de factoren 2 en 3 hoort daar ook nog bij. In deze combinatie werden slechts drie items en twee cliënten gevonden, reden om deze buiten beschouwing te laten. De circumplexen samen vormen een driedimensionaal model.

Uit de resultaten blijkt dat geen van de cliënten als type 1+ kon worden geclassificeerd, hoewel 35 van de 83 items naar een dergelijk type verwijzen. Alle cliënten gaven dus vooral blijk van 1- eigenschappen, waarnaast 45 van hen

zich vooral onderscheidde op dimensie 2 en 35 cliënten op dimensie 3.

#### Interpretatie van de typen

De items met hun factorladingen zijn opgenomen in de Appendix. De hoogste ladingen op factor 1, dus behorend bij type 1+ (35 items, geen cliënten), verwijzen naar uitgesproken paranoïde ideeën, zoals *Iemand heeft geprobeerd mij te vergifigen* en *Ik geloof dat ik achtervolgd word*. In combinatie met items met de laagste factorladingen die behoren bij type 1- (9 items, 15 cliënten), zoals *Ik heb bijna nooit last van pijn in hartstreek of in de borst* en *Ik houd van gezellige bijeenkomsten juist om met mensen samen te zijn*, kan de dimensie 1+1- geïnterpreteerd worden als pathologisch versus niet-pathologisch.

Zuivere 2+ of 2- items zijn er niet, noch cliënten die als zodanig kunnen worden geclassificeerd. Op grond van combinaties met factor 1 lijkt een interpretatie van de dimensie 2+2- als extravert versus introvert gerechtvaardigd.

De combinatie van 1+ met 2+ (8 items, geen cliënten), oftewel de pathologische vorm van extraversie, herbergt items als *Soms heb ik erg verlangd thuis weg te gaan*, *In treinen, autobussen en zo, spreek ik dikwijls met vreemden* of *Soms klets of babbel ik maar wat*, wat geïnterpreteerd kan worden als ontremd. De combinatie van 2+ met 1- (6 items, 20 cliënten), de niet-pathologische vorm van extraversie, wordt gekenmerkt door items als *Ik houd van partijtjes en gezellige avondjes* en *Ik heb de indruk dat ik ongeveer even vlug vrienden maak als anderen*. Hier lijkt de typering sociabel gepast. De combinatie van 1- met 2- (1 item, 17 cliënten), de niet-pathologische introversie, dient vooral geïnterpreteerd te worden aan de hand van de 1+2+ items die er de tegenpool van vormen. Samen met het item *Op school vond ik het verschrikkelijk als ik iets voor de klas moest zeggen* lijkt dit te verwijzen naar geremdheid. De combinatie van 2- met 1+ (7 items, geen cliënten) ten slotte, de pathologische introversie verwijst naar items als *Gewoonlijk spreek ik geen mensen aan voor zij mij aanspreken* en *Ik vind het lastig een gesprek aan te knopen als ik met onbekenden in contact kom*, wat in de richting komt van sociale angst.

Ook de dimensie 3+3- is slechts indirect te interpreteren. Op grond van combinaties met factor 1 lijkt een interpretatie van de dimensie 3+3- in de richting van positief versus negatief te gaan.

De combinatie van 1+ met 3+ (1 item, geen cliënten), oftewel de pathologische vorm van positivisme, wordt alleen vertegenwoordigd door het item *Ik heb zelden of nooit pijn*. Men zou hierbij kunnen denken aan ontkenning, maar er zijn te weinig gegevens om tot een betrouwbare interpretatie te komen. De combinatie van 3+ met 1- (5 items, 18 cliënten), de niet-pathologische kant van positivisme wordt weergegeven in items als *De laatste jaren heb ik mij meestal goed gezond gevoeld* en *Ik geloof dat mijn huiselijk leven even prettig is als dat van de meeste mensen die ik ken*. Hierin lijkt tevredenheid weerspiegeld te worden. De combinatie van 1- met 3- (3 items, 17 cliënten), de niet-pathologische kant van

negativisme, wordt gekenmerkt door items als *Sommige familieleden van mij hebben gewoonten die mij erg hinderen of vervelen* en *Afen toe stel ik tot morgen uit, wat ik vandaag zou moeten doen*, wijst op ontevredenheid. De combinatie van 3- met 1+ (5 items, geen cliënten), hetgeen een pathologische vorm van negativisme zou representeren, omvat items als *Het leven dat ik geleid heb, is niet wat het had moeten zijn* en *Ik heb dagen, weken of maanden gehad, dat ik allerlei dingen verwaarloosde, omdat ik niet op gang kon komen*. Dit kan geïnterpreteerd worden als verbittering.

#### De samenhang tussen relatieve en absolute scores

De oorspronkelijke vijf factoren (schalen), zoals die met behulp van klassieke factoranalyse zijn gegenereerd (zie handleiding NVM) zijn vergeleken met de drie factoren die gevonden zijn met behulp van de hiervoor beschreven statistische analyse. De vijf schalen zijn gebaseerd op relatieve scores; de drie factoren op absolute scores. Er blijkt sprake van overlap tussen factoren en schalen: de correlaties zijn weergegeven in Tabel 1.

Uit Tabel 1 kan worden opgemaakt dat somatisering en verlegenheid vooral samenhangen met de factor pathologie (F1), terwijl verlegenheid en extraversie tegenpolen zijn op de factor extraversie (F2). Negativisme en somatisering hebben een sterk negatief verband met de factor positivisme (F3).

	Neg	Som	Verl	Psy	Ex
F1 Pathologie	.48*	.65*	.66*	.43*	-.27*
F2 Extraversie	.31*	-.15	-.79*	.13	.81*
F3 Positivisme	-.78*	-.79*	-.25	-.23	-.08

\*p < .01

Tabel 1. Pearsoncorrelaties tussen NVM-schaalscores en NVM-factor-scores (N=101)

Bij de verfijning in cliëntentypen vonden we dat het ontevreden type (1-3-) de hoogste schaalscores had op negativisme, somatisering en ernstige psychopathologie en het tevreden type (1-3+) de laagste (respectievelijk  $F = 18.17$ ;  $F = 10.35$  en  $F = 3.45$  bij  $df = 5$ ;  $p < .01$ ). De geremde en sociale typen (1-2- en 1-2+) hadden respectievelijk de hoogste en de laagste scores op verlegenheid ( $F = 25.85$ ;  $df = 5$ ;  $p = .000$ ). Voor extraversie was het omgekeerde het geval: de hoogste scores bij het sociale type en de laagste bij het geremde type ( $F = 12.70$ ;  $df = 5$ ;  $p = .000$ ).

#### Relatieve en absolute scores in vergelijking met overige diagnostische gegevens

De SCL-90 was door 98 cliënten ingevuld. Het gemiddelde klachtenniveau (psychoneuroticisme) bedroeg 164 (SD 45), met een minimumscore van 90 en een maximumscore van 334. De SCL-90 bleek vooral samen te hangen met de factoren pathologie (F1) en, in negatieve zin, positivisme (F3) en met de negativisme- en somatiseringschaal. De correlaties zijn weergegeven in Tabel 2. Het niet-pathologische type

	F 1	F 2	F 3	Neg	Som	Verl	Psy	Ex
Angst	.29*	.05	-.14	.16	.16	.15	.11	.12
Agorafobie	.14	.03	.06	.01	.00	.09	.11	.05
Depressie	.39*	-.03	-.32*	.29*	.26*	.17	.17	-.02
Somatische klachten	.39*	.03	-.35*	.22	.52*	.05	.11	-.01
Insufficiëntie	.51*	-.04	-.47*	.39*	.38*	.23	.21	.01
Sensitiviteit	.54*	-.23	-.27*	.21	.24	.41*	.35*	-.10
Hostiliteit	.30*	.02	-.17	.21	.13	.13	.23	.07
Slaapproblemen	.41*	-.11	-.42*	.29*	.43*	.13	.15	-.14
Psychoneuroticisme	.50*	-.06	-.37*	.32*	.36*	.24	.24	.00

\*  $p < 0.01$

Tabel 2. Pearsoncorrelaties tussen NVM-factoren/-schalen en SCL-90-schalen bij N=98

	F 1	F 2	F 3	Neg	Som	Verl	Psy	Ex
Actief aanpakken	-.21	.15	.12	-.18	-.02	-.29*	-.00	-.02
Palliatieve reactie	.16	.17	-.23	.25	.17	.03	.03	.29*
Vermijden	.33*	-.19	-.16	.18	.07	.37*	.09	-.01
Sociale steun zoeken	-.12	.31*	-.05	.10	.06	-.23	-.11	.28*
Passief reactiepatroon	.58*	-.12	-.55*	.56*	.36*	.34*	.32*	-.07
Expressie van emoties	-.09	.22*	-.02	.05	.03	-.19	.03	.18
Geruststellende gedachten	.08	-.01	-.06	-.07	.15	.01	-.01	-.04

\*  $p < 0.01$

Tabel 3. Pearsoncorrelaties tussen NVM-factoren/-schalen en UCL-schalen bij N=95

(1-) had de meeste somatische klachten ( $F = 2.72$ ; bij  $df = 5$ ;  $p = .025$ ); het ontevreden type (1-3-) had de meeste insufficiëntiegevoelens ( $F = 4.02$ ;  $p = .002$ ), wantrouwen ( $F = 5.91$ ;  $p = .000$ ) en de hoogste psychoneuroticismescores ( $F = 3.72$ ;  $p = .004$ ); terwijl het tevreden type (1-3+) de minste slaapproblemen had ( $F = 4.15$ ;  $p = .002$ ).

Alle schalen van de UCL, ingevuld door 95 cliënten, bleken significant samen te hangen met een of meer schalen of factoren van de NVM. In Tabel 3 zijn de correlaties weergegeven. Vermijden blijkt vooral voor te komen bij het niet-pathologische type (1-) ( $F = 3.31$ ;  $df = 5$ ;  $p = .009$ ) en een passieve reactie bij het ontevreden type (1-3-) ( $F = 5.78$ ;  $p = .000$ ).

Van de oorspronkelijke schalen blijkt alleen de schaal negativisme in verband te kunnen worden gebracht met as-I-stoornissen van de DSM-IV. Hogere negativismescores blijken minder vaak voor te komen bij angststoornissen dan bij andere stoornissen ( $F = 3.54$ ;  $df = 7$ ;  $p = .002$ ). De nieuwe factoren blijken alle drie een relatie te hebben met bepaalde as-I-stoornissen: op de factor pathologie (F1) gaan hogere scores vaker gepaard met somatoforme stoornissen ( $F = 2.51$ ;  $df = 7$ ;  $p = .021$ ); extraversie (F2) heeft een negatief verband met angst- en stemmingsstoornissen ( $F = 2.35$ ;  $df = 7$ ;  $p = .029$ ); en hoge scores op positivisme (F3) worden vaker gezien bij angststoornissen en minder vaak bij somatoforme stoornissen ( $F = 2.70$ ;  $df = 7$ ;  $p = .014$ ). Noch schalen noch factoren toonden verbanden met as-II-diagnoses. Op as v gingen hogere GAF-scores samen met lagere

scores op de schalen negativisme ( $r = -.26$ ;  $p = .008$ ), somatisering ( $r = -.32$ ;  $p = .001$ ) en verlegenheid ( $r = -.20$ ;  $p = .043$ ) en op de factor pathologie (F1) ( $r = -.31$ ;  $p = .001$ ), maar met een hogere score op positivisme (F3) ( $r = .37$ ;  $p = .000$ ). Het geremde type (1-2-) blijkt de laagste GAF-score te hebben en het tevreden type (1-3+) de hoogste ( $F = 2.78$ ;  $df = 5$ ;  $p = .022$ ).

Een indicatiestelling waarvoor een langere duur en meer expertise vereist was, bleek samen te hangen met een hogere score op verlegenheid, terwijl van de factoren het de factor pathologie (F1) was die meer duur en expertise vereiste. De correlaties zijn weergegeven in Tabel 4.

Een methode die de laatste jaren onder diagnostici in zwang is geraakt, is de dynamische-theoriegestuurde profielinterpretatie (DTP), ontwikkeld door Eurelings en Snellen (2003), waarin schaalscores worden gecombineerd tot profielen die een uitspraak doen over de persoonlijkheidsorganisatie van de cliënt. Onderscheiden worden een neurotische, een borderline en een psychotische organisatie, die weer onderverdeeld kunnen worden in verschil-

	F 1	F 2	F 3	Neg	Som	Verl	Psy	Ex
Indicatiestelling	.21*	-.08	-.09	.08	.05	.22*	.06	.05

\* $p < .05$

Tabel 4. Spearmancorrelaties tussen NVM-factoren/-schalen en indicatiestelling bij N=101

lende subtypen. Ten behoeve van vergelijkingen in dit onderzoek zijn de NVM-scores omgerekend tot vier DTP-profielen, te weten: de neurotische persoonlijkheidsorganisatie ( $N=14$ ), de borderline persoonlijkheidsorganisatie, onderverdeeld in borderline ( $N=19$ ) en narcistisch ( $N=65$ ), en de psychotische persoonlijkheidsorganisatie ( $N=3$ ). Het blijkt dat vooral de factoren pathologie (F1) en extraversie (F2) samenhangen met de onderscheiden profielen: de hoogste scores op pathologie (F1) worden aangetroffen bij degenen met een psychotische organisatie, en de laagste scores bij degenen met een narcistisch profiel ( $F = 26.75$ ;  $df = 3$ ;  $p = .000$ ). Extraversie (F2) heeft juist de hoogste scores bij degenen met een narcistisch profiel en de laagste bij degenen met een neurotische persoonlijkheidsorganisatie ( $F = 22.09$ ;  $p = .000$ ).

*Relatieve en absolute scores in vergelijking met het behandelresultaat*

Ten tijde van de verslaglegging was de behandeling van 51 cliënten inmiddels afgesloten. Het gemiddelde behandelre-



	F 1	F 2	F 3	Neg	Som	Verl	Psy	Ex
Behandelresultaat	-.47**	.10	.22	-.19	-.32*	-.35*	.02	

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$

**Tabel 5. Pearsoncorrelaties tussen NVM-factoren/-schalen en behandelresultaat bij N=51**

sultaat op de vijfpuntsschaal bedroeg 3.22 (SD 1.38). De correlaties tussen behandelresultaat en factoren respectievelijk schalen is weergegeven in Tabel 5. De typen verschilden significant in behandelresultaat ( $F = 2.44$ ;  $df = 5$ ;  $p = .049$ ). Het niet-pathologische type (1-) bleek het beste resultaat te behalen; het ontevreden type (1-3-) het slechtste.

## Discussie

Op basis van de resultaten kan worden geconcludeerd dat analyse van absolute scores een andere structuur van de NVM aan het licht brengt dan de oorspronkelijke structuur, gebaseerd op relatieve z-scores. Factor 1 hangt samen met vier van de vijf oorspronkelijke schalen: negativisme, somatisering, verlegenheid en ernstige psychopathologie; factor 2 wordt teruggevonden in een negatieve relatie met verlegenheid en een positieve met extraversie; en factor 3 heeft een negatief verband met negativisme en somatisering. De nieuwe structuur lijkt op het eerste gezicht aannemelijk: factor 1, voorzichtig te interpreteren als 'psychopathologie', gaat doorgaans samen met een negativistische kijk op het leven, met lichamelijk disfunctioneren, met problemen in de sociale omgang en, uiteraard, met ernstige psychiatrische symptomen. Factor 2 lijkt te verwijzen naar extraversie en heft de merkwaardige spagaat tussen de schalen verlegenheid en extraversie op, waarbij de meer pathologische vormen van zowel extraversie als verlegenheid overgeheveld lijken te zijn naar factor 1. Factor 3 weerspiegelt positivisme, wat zich meestal manifesteert door de afwezigheid van negativisme of lichamelijke klachten. De factoren 2 en 3 kunnen gezien worden als 'normale' persoonlijkheidseigenschappen, die een pathologische kleuring krijgen door verhogingen op factor 1. Ook op het tweede gezicht blijkt de nieuwe structuur een meerwaarde te hebben: de samenhang met AS-I-diagnoses is sterker, evenals met klachten, zoals gerapporteerd op de SCL-90, en met copingstrategieën, zoals vastgesteld met de UCL. Voor wat betreft indicatiestelling doen de schaal verlegenheid en factor 1 niet voor elkaar onder. Daarbij blijkt de score op factor 1 het behandelresultaat sterker te kunnen voorspellen, waarbij het opmerkelijk is dat cliënten die als type 1- gekarakteriseerd worden, en dus geen uitgesproken positie hebben op extraversie (factor 2) en positivisme (factor 3), het beste behandelresultaat behalen. Zijn dit de kraak-nochsmaak- of vlees-noch-vis-mensen, die zich vooral als sociaal wenselijk presenteren? Of gaat het om mensen met een groot aanpassingsvermogen – ook aan de geboden behandeling? De overweging van Hofstee, Barelds en Ten Berge

(2006) in hun onderzoek met de NPV dat sociale wenselijkheid een rol speelt in een ogenschijnlijk 'gezonde' eerste component, kan dan ook in de analyse van de NVM niet uitgesloten worden. In het NPV-onderzoek onderscheidde de psychiatrische groep zich vooral van een algemene groep op de eerste factor, die ironisch als 'oppassend' werd geïnterpreteerd, maar wellicht beter het predikaat 'aangepast' verdient: het lijken de brave hendriken die netjes in het gareel lopen, waarbij de negatieve component bestaat uit sterk veroordelend gedrag van anderen. De algemene populatie geeft hiermee de boodschap af: 'met mij is niets aan de hand', terwijl in een psychiatrische populatie dit vertaald zou kunnen worden in 'laat mij met rust'.

Een tweede conclusie op basis van deze heranalyse is dat de NVM niet de meest voor de hand liggende vragenlijst blijkt te zijn voor screening van een eerstelijns populatie: meer dan de helft van de items gaat zitten in de vaststelling (type 1-) dat die populatie *niet* of nauwelijks wordt gekenmerkt door allerlei psychiatrische symptomen, de paranoïa-items voorop. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat de steekproef afwijkt van een doorsnee cliëntenpopulatie van eerstelijnspsychologen: qua sociodemografische kenmerken stemmen de cliënten overeen met de beschikbare gegevens van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen. Hoewel dit niet afzonderlijk is onderzocht, is de algemene indruk bij het scoren van vragenlijsten dat de scores passen bij de eerstelijnsnormscores van Kloens en anderen (2002). Overigens is de representativiteit van de steekproef minder van belang voor vergelijkingen met een normgroep. Immers, de cliënten worden beoordeeld op hun absolute scores en niet vergeleken met een normgroep, waarvoor relatieve scores gelden. Wel wordt de efficiëntie van de inzet van een vragenlijst bij een bepaalde doelgroep meer zichtbaar.

Ten derde blijken de typen de structuur te kunnen nuanceren. Ook de DTP-profielen zijn te herkennen in de factoren. De invalshoeken van profielen en typen zijn echter verschillend: profielen pathologiseren, terwijl absolute scores en de daarvan afgeleide typen niet-pathologiserend zijn. Hierdoor kan een duidelijker onderscheid tussen 'normaal' en 'abnormaal' gemaakt worden. Aan de pathologische kant (1+) worden de contouren zichtbaar van de (persoonlijkheids)stoornissen: 1+ problematiek is kenmerkend voor persoonlijkheidsstoornissen uit cluster A; de combinaties 1+ met 2+ of 3+ doen denken aan cluster-B-problematiek en de combinaties 1+ met 2- of 3- neigen meer in de richting van cluster-C-problemen. Opgemerkt dient te worden dat door de geringe aantallen de statistische onderbouwing van typen en profielen beperkt is. Naast nuancing is er ook verlies aan informatie. Dat geldt algemeen (zie bijvoorbeeld Asendorpf, Caspi & Hofstee, 2002): typologieën ontlenen hun betekenis aan een sterke reductie van de gegevens, waarbij informatie verloren gaat die voorspellende waarde heeft. In dit geval blijven er in plaats van vijf continue schaalcores evenzoveel dichotome variabelen over (het al dan niet behoren tot een type), die bovendien

op slechts een deel van de items zijn gebaseerd en niet alle personen betreffen. Tegenover de beschrijvende winst van de typologie – het samenballen van een scoreprofiel in één label – staat dus onvermijdelijk een verlies van nuance.

Het verdient ons inziens zeker aanbeveling om het gebruik van absolute scores en de hiertoe ontwikkelde methodiek in de klinische persoonlijkheidsdiagnostiek nader te toetsen en toe te passen, ook met andere persoonlijkheidsvragenlijsten. Het ten grave dragen van de NVM als afzonderlijk instrument kunnen we relativeren: het opgedane kennis- en ervaringsbestand blijft via de MMPI-2 toepasbaar. Aangezien afname van de MMPI-2 duurder en arbeidsintensiever is dan afname van de NVM, is het niet ondenkbaar dat het gebruik als standaardscreening, zeker in de eerste lijn, zal verminderen. Juist voor deze toepassing blijkt de NVM echter minder geschikt te zijn en zijn er efficiëntere en theoretisch duidelijker onderbouwde persoonlijkheidsvragenlijsten denkbaar. Hopelijk kunnen we de met de NVM opgedane expertise bij de verdere ontwikkeling hiervan inzetten.

Mw drs. R.M. Mosterman is klinisch psycholoog in opleiding.  
Correspondentieadres: Bloemendalstraat 5, 8011 PJ Zwolle. E-mailadres: <i.mosterman@psychologenpraktijkelf.nl>.  
Prof.dr. W.K.B. Hofstee is emeritus hoogleraar psychologie.  
Correspondentieadres: Rijksuniversiteit Groningen, Heymans Instituut, Grote Kruisstraat 2/1, 9712 TS Groningen. E-mailadres: <w.k.b.hofstee@rug.nl>.

## Noten

1. De NVM blijft wel beschikbaar via afname van de MMPI-2 van waaruit de NVM-items gedestilleerd en apart gescoord kunnen worden.
2. Met dank aan Mirjam Spijker, Yolande Olthof, Monique Burger en Henk Stulp voor hun bijdrage in het verzamelen en aanleveren van gegevens.
3. Met dank aan Jos M.F. ten Berge die de MATLAB-berekeningen uitvoerde.

## Literatuur

- Arrindell, W.A. & Ettema, J.H.M. (1986). *SCL-90. Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie-indicator*. Lisse, Swets & Zeitlinger.
- Asendorpf, J.B., Caspi, A. & Hofstee, W.K.B. (Eds.) (2002). The puzzle of personality types. *European Journal of Personality*, 16 (5), Special Issue.
- Eurelings-Bontekoe, E.H.M. & Snellen, W.M. (red.) (2003). *Dynamische persoonlijkheidsdiagnostiek*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Evers, A., Vliet-Mulder, J.C. van & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Hofstee, W.K.B., Raad, B. de & Goldberg, L.R. (1992). Integration of the big five and circumplex approaches to trait structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 146-163.
- Hofstee, W.K.B. & Berge, J.M.F. ten (2004). Personality in proportion. A bipolar proportional scale for personality assessments and its consequences for trait structure. *Journal of Personality Assessment*, 83, 120-127.
- Hofstee, W.K.B., Barelds, D.P.H. & Berge, J.M.F. ten (2006). Structuring assessments of psychopathology. *Journal of Individual Differences*, 27, 87-92.
- Kloens, G.J., Barelds, D.P.H., Luteijn, F. & Schaap, C.P.D.R. (2002). De waarde van enige vragenlijsten in de eerstelijns. *Diagnostiek-wijzer*, 5, 130-148.
- Koster van Groos, G.A.S. (2001). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Luteijn, F. & Kingma, L. (1979). Een nieuwe verkorte MMPI. *Nederlands Tijdschrift voor Psychologie*, 34, 459-471.
- Luteijn, F. & Kok, A.R. (1985). *NVM, Nederlandse Verkorte MMPI, herziene handleiding*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Mosterman, R.M. & Hofstee, W.K.B. (2006). Beoordeling van persoonlijkheid: zelfbeoordeling, derdenbeoordeling en expertbeoordeling. [www.psychologenpraktijkelf.nl](http://www.psychologenpraktijkelf.nl).
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B. & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrechtse Coping Lijst: ucl. Omgaan met problemen en gebeurtenissen*. *Herziene handleiding 1993*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

## Requiem for the Dutch short version of the MMPI (NVM) An analyses of relative and absolute scores

R.M. Mosterman, W.K.B. Hofstee

Traditionally, personality inventories are based on standardized scores. The relative position of a respondent to a reference group can be useful in several contexts. However, in the context of clinical diagnosis comparatives are less relevant. Assessment should be interpreted and reported in an absolute manner. Hofstee and Ten Berge (2004) have developed a methodology for handling assessment data in absolute contexts. This procedure was applied to the data of 101 primary mental health care clients by using the Dutch short version of the MMPI (NVM). A comparison of relative and absolute scores indicates that the latter are better predictors of DSM-IV ax I diagnoses, symptoms, coping style and therapy outcome.

F 1	F 2	F 3	L	item (itemnummer)	F 1	F 2	F 3	L	item (itemnummer)
.65			1.0	Iemand heeft geprobeerd mij te vergifigen (34)	.31	.13		.50	Ik houd van de drukte in een menigte (77)
.65			.96	Ik geloof dat ik achtervolgd word (29)	.29	-.10		.33	Ik word gemakkelijk overtroefd in een discussie (20)
.65			.95	Als ik alleen ben hoor ik vreemde dingen (66)					Als ik de kans maar eens kreeg zou ik dingen kunnen doen, die de wereld veel voordeel zouden bezorgen (75)
.65			.86	Iemand heeft macht over mijn denken (57)	.24	.09		.51	Soms klets of babbel ik maar wat (48)
.64			.93	Ik geloof dat er een complot tegen mij gesmeed wordt (28)	.23	.10		.17	Op sommige dagen voel ik mij uitermate vrolijk zonder enige speciale reden (62)
.64			.89	Ik zie dingen, dieren of mensen om mij heen, die anderen niet zien (18)	.20	.10		.34	Ik zou graag lid zijn van verschillende verenigingen of groepen (50)
.64			.85	Bijna iedere nacht heb ik nachtmerries (7)	.17	.07		.21	Soms heb ik erg verlangd thuis weg te gaan (4)
.63			.82	Ik doe het liefst alles alleen om niet op mijn beurt anderen te moeten helpen (74)	.17	.07		.21	Het leven dat ik geleid heb, is niet wat het had moeten zijn (16)
.62			.96	Er zijn mensen die mijn gedachten en ideeën proberen te stelen (44)	.17	.12		.58	Soms gingen mijn gedachten vlugger dan ik ze kon verwoorden (31)
.61			.61	Iemand heeft getracht mijn geest of gedachten te beïnvloeden (61)	.14		-.14	.61	Mijn slaap is onrustig en gestoord (11)
.60			.93	Iemand heeft het op mij gemunt (26)	.14		-.11	.02	Ik ga graag naar partijtje e.d., waar veel lawaai en plezier gemaakt wordt (23)
.58			.69	Soms voel ik mij sterk geneigd iets te doen wat schade of leed berokkent of aanstoot geeft (22)	.13	.15		.57	Ik heb dagen, weken of maanden gehad, dat ik allerlei dingen verwaarloosde, omdat ik niet op gang kon komen (10)
.58			.77	Soms heb ik zin om met iemand een vechtpartij uit te lokken (33)	.13		-.13	.51	Soms heb ik zin om te vloeken (6)
.57			.78	Soms had ik zo'n plezier in de handigheid van een oplichter, dat ik hoopte dat het hem zou lukken (58)	.11		-.09	.36	Ik heb zelden of nooit pijn (52)
.57			.61	Ik heb last van misselijkheid en braken (5)	.10		.14	.35	Als ik mij verveel breng ik graag wat leven in de brouwerij (40)
.55			.70	De mensen zeggen beledigende en gemene dingen over mij (67)	.07	.19		.32	Ik sta er dikwijls verwonderd over hoe natuurlijk en gemakkelijk anderen zich kunnen gedragen (68)
.55			.75	Om de andere dag of vaker heb ik last van pijn in de maagstreek (19)	.02	-.17	-.10	.39	Ik kan nu evengoed werken als ooit tevoren (2)
.51			.60	Ik heb vaak het gevoel alsof er een strakke band rond mijn hoofd zit (27)	-.03		.15	.41	Ik ga graag dansen (72)
.51			.40	Ik herinner mij dat ik ooit eens een ziekte voorgewend heb om van iets af te komen (80)	-.04	.12	-.05	.51	Ik ben er zeker van dat ik bij sommige mensen over de tong ga (59)
.51			.70	Ik heb veel last van mijn maag (30)	-.04		-.08	.27	Op school vond ik het verschrikkelijk als ik iets voor de klas moest zeggen (63)
.50			.48	Ik heb een wereld van dagdromen, waarover ik aan niemand iets vertel (82)	-.06	-.09		.35	Ik heb heel weinig last van hoofdpijn (41)
.50			.46	Heel vaak neem ik geen deel aan het gepraat en geklets van de groep waartoe ik behoor (79)	-.10		.14	.41	Ik ben teleurgesteld geweest in de liefde (51)
.48			.60	Ik zweet heel gauw, zelfs op kille dagen (54)	-.15	.10		.50	Sommige familieleden van mij hebben gewoonten die mij erg hinderen of vervelen (49)
.47			.54	Eén of meer keer per week krijg ik het ineens helemaal warm, zonder duidelijke oorzaak (13)	-.16		-.10	.32	De laatste jaren heb ik mij meestal goed gezond gevoeld (35)
.47			.35	Ik vind het erg hinderlijk dat het zweet mij soms uitbreekt als ik verlegen ben (42)	-.17		.15	.47	Ik geloof dat mijn huiselijk leven even prettig is als dat van de meeste mensen die ik ken (32)
.46			.38	In gezelschap weet ik niet goed waarover ik moet praten (55)	-.21		.07	.54	Ik heb de indruk dat ik ongeveer even vlug vrienden maak als anderen (64)
.45			.43	Soms voel ik mij zonder enige reden buitengewoon gelukkig ('in de wolken') zelf als ik er eigenlijk slecht voorsta (53)	-.23	.17		.50	Mijn gezondheid is even goed als die van de meeste van mijn vrienden (14)
.44			.53	Vaak is het net of er een prop in mijn keel zit (3)	-.26		.10	.52	Soms ben ik één en al energie (56)
.44			.35	Sommige delen van mijn lichaam voel ik dikwijls als het ware branden, tintelen, kriebelen of 'slapen' (17)	-.27	.11		.39	Overdag zit ik maar zelden te dromen (43)
.43	-.12		.41	Op feestjes zit ik gewoonlijk meer alleen, of met één persoon, dan dat ik mij bij de anderen voeg (71)	-.28		.15	.30	Als men mij voor de gek houdt, kan ik meestal gevat en raak antwoorden (73)
.42	-.12		.47	Ik ben gauw verlegen (65)	-.31		-.09	.36	Af en toe stel ik tot morgen uit, wat ik vandaag zou moeten doen (21)
.42			.52	Meestal heb ik de indruk dat mijn hoofd of neus als het ware volgestopt zit (25)	-.32	.12		.41	Voor mannelijke personen: ik ga graag met meisjes om; voor vrouwelijke personen: ik ga graag met jongens om (47)
.40	-.12		.69	Ik wou dat ik niet zo verlegen was (45)	-.34			.49	Nu en dan gebruik ik wel eens een uitvlucht (69)
.39	-.14		.52	Ik vind het lastig een gesprek aan te knopen als ik met onbekenden in contact kom (39)	-.35			.39	Ik word zelden of nooit duizelig (37)
.39			.53	Ik heb zeer eigenaardige en zonderlinge ervaringen gehad (8)	-.37			.24	Mijn zorgen schijnen te verdwijnen als ik bij een stel vrolijke vrienden terecht kom (78)
.38	-.12		.43	Ik moet dikwijls moeite doen om niet te laten merken dat ik verlegen ben (36)	-.38			.44	Ik houd van allerlei spelen en ontspanning (46)
.38			.61	Vaak lijkt het of heel mijn hoofd pijn doet (12)	-.39			.55	Soms heb ik geen vreugde in mijn werk (70)
.37			.45	Soms heb ik zin om iets kapot te slaan (9)	-.40	.14		.55	Ik houd van partijtjes en gezellige avondjes (83)
.37	-.15		.32	Gewoonlijk spreek ik geen mensen aan voor zij mij aanspreken (60)	-.42			.52	Als ik mij niet erg lekker voel, ben ik soms slecht geluimd (24)
.36			.40	Ik pieker over seksuele dingen (38)	-.45			.49	Ik houd van gezellige bijeenkomsten juist om met mensen samen te zijn (76)
.34			.45	Bij het minste gerucht word ik wakker (1)	-.46			.49	Ik heb bijna nooit last van pijn in hartstreek of in de borst (15)
.31	.10		.54	In treinen, autobussen en zo, spreek ik dikwijls met vreemden (81)					

Appendix. NVM-items, primaire en secundaire factorladingen en L-coëfficiënten